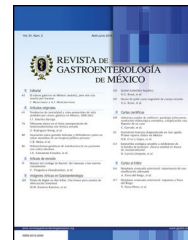




## REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



### IMAGEN CLÍNICA EN GASTROENTEROLOGÍA

## Hernia gigante inguino-escrotal

### Giant inguinoscrotal hernia



J.E. Baca-Prieto<sup>a</sup> y L.G. Domínguez-Carrillo<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> División de Gastrocirugía, Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México

<sup>b</sup> Departamento de Rehabilitación, Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato, León, Guanajuato, México

Paciente masculino de 55 años, con historia de 30 años de hernia inguino-escrotal gigante (fig. 1), que acude a urgencias por obstrucción urinaria. Se le colocó sonda de Foley; se realizó angiogramía abdominal, la cual mostró: intestino delgado dentro de saco herniario inguino-escrotal derecho sin afectación vascular (figs. 2 y 3); los valores de laboratorio eran normales. Se hospitalizó al paciente colocando, mediante aguja de Veress, un catéter Tenckhoff en el cuadrante superior izquierdo de abdomen (fig. 4), efectuando insuflación (800 a 1,000 c.c.) de aire ambiental en cavidad abdominal, con monitorización de la presión intraabdominal mediante la sonda de Foley conectada a transductor eléctrico de presión; la máxima presión intraabdominal alcanzada de manera paulatina fue de 20 cmH<sub>2</sub>O, correspondiendo a 27.9 mmHg. En el décimo día de hospitalización mediante cirugía se efectuó la colocación del intestino en la cavidad abdominal y resección del saco herniario, y la pared abdominal fue reforzada con malla compuesta. El paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones (fig. 5). Este tipo de cirugía representa el modelo de tratamiento que puede ofrecerse a pacientes con hernia inguino-escrotal gigante<sup>1-3</sup>, permitiendo una calidad de vida satisfactoria.



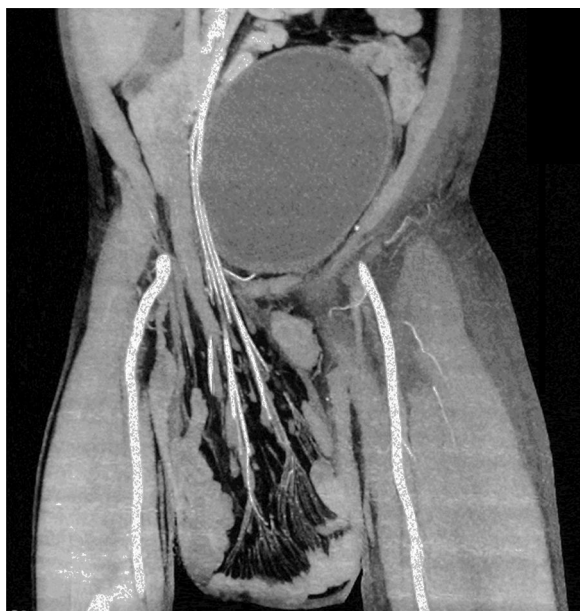
**Figura 1** Masculino de 55 años con historia de hernia inguino-escrotal derecha de 30 años de evolución.

\* Autor para correspondencia. Calzada Los Paraísos 701, Col. Los Paraísos, León, Gto. C.P. 37320, México.

Correo electrónico: [lgdominguez@hotmail.com](mailto:lgdominguez@hotmail.com)  
(L.G. Domínguez-Carrillo).

### Responsabilidades éticas

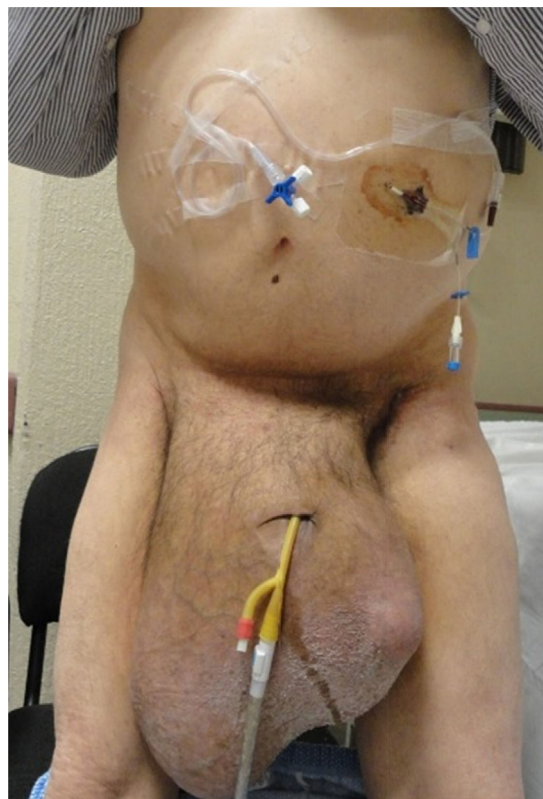
**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las



**Figura 2** La angiotomografía de abdomen en plano coronal muestra asas intestinales de intestino delgado en saco herniario extraabdominal, sin compromiso vascular, y vejiga llena.



**Figura 3** La imagen tomográfica abdominal en corte sagital muestra vejiga llena y asas de intestino delgado en gran saco herniario extraabdominal.



**Figura 4** Paciente en bipedestación, con sonda de Foley y catéter de Tenckhoff colocado en cuadrante superior izquierdo mediante aguja de Veress, para insuflación de la cavidad abdominal.



**Figura 5** Cicatriz de incisión inguinal derecha de 8 cm de longitud en paciente con hernia inguino-escrotal previa.

normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses por la realización de este trabajo.

## Referencias

1. Vasiliadis K, Knaebel HP, Djakovic N, et al. Challenging surgical management of a giant inguinoscrotal hernia: Report of a case. *Surg Today*. 2010;40:684–7.
2. Karthikeyan VS, Sistla SC, Ram D, et al. Giant inguinoscrotal hernia—report of a rare case with literature review. *Int Surg*. 2014;99:560–4.
3. Tarchouli M, Ratbi MB, Bouzroud M, et al. Giant inguinoscrotal hernia containing intestinal segments and urinary bladder successfully repaired by simple hernioplasty technique: A case report. *J Med Case Rep*. 2015;9:276–7.